

Abteilung Sicherstellung
Fax 06131 326-327

Antrag auf Eintragung in das Arztregister

ANGABEN ZUR PERSON

Titel / akademischer Grad

Familiename

Vorname(n)

Rufname

Geburtsstag

Geburtsort

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

unbestimmt

aktuelle Staatsangehörigkeit (Staat)

seit

WOHNORT

PLZ

Ort

Straße

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Registerstelle für die ärztliche Versorgung mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

DIESEM ANTRAG FÜGE ICH DIE NACHFOLGEND GENANNTEN UNTERLAGEN IM ORIGINAL BEI

Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien akzeptiert werden (beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars)

Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung: die betreffende Urkunde (z.B. Heiratsurkunde) oder Auszug aus dem Familienbuch
- bei Wechsel der Staatsangehörigkeit: Einbürgerungsurkunde
- Zeugnis letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- Approbation (sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)
- Promotionsurkunde und gegebenenfalls weitere akademische Grade oder Titel
- Anerkennung für Gebiets-, Teilgebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach Weiterbildungsordnung
- Zeugnisse oder Bescheinigungen über alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten seit dem Staatsexamen
→ In diesen Zeugnissen / Bescheinigungen müssen die jeweiligen Beschäftigungszeiträume angegeben sein
- Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige ärztliche Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer
- Falls bereits als Vertragsärztin/ -arzt zugelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
- Gegebenenfalls Nachweise zu Berufsverbot, Entzug beziehungsweise Ruhen der Approbation

ANMERKUNGEN

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte
- Für diesen Antrag ist gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Sie erhalten hierüber eine separate Rechnung

ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG

- Staatsexamen / letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Datum _____ Ort / Hochschule _____

- Med. Promotion

Datum _____ Ort / Hochschule _____

- Approbation

Datum _____ Approbationsstelle _____

- Gebiets- / Schwerpunkt- / Teilgebiets- / Zusatzbezeichnung

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

Datum _____ Bezeichnung _____

FREMSPRACHENKENNTNISSE (KENNTNISSE AUSREICHEND FÜR DIAGNOSE UND BEHANDLUNG)

Die Angabe ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

Sprache

TEILNAHME AN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen? ja nein

_____ Falls ja: Ort

_____ Falls ja: Zeitpunkt

- Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen? ja nein

_____ Falls ja: Registerstelle

_____ Eintragsnummer

- Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil? ja nein

_____ Falls ja: in welchem KV-Bereich?

als zugelassener Arzt

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

als ermächtigter Arzt

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

als angestellter Arzt

_____ Zeitraum: von

_____ Zeitraum: bis

ANGABEN ZUR APPROBATION

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: durch welche Stelle?

_____ Falls ja: Grund

- Hat zu irgendeiner Zeit Ihre Approbation geruht? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: Grund

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt verboten worden? ja nein

_____ Falls ja: Zeitraum von

_____ Falls ja: Zeitraum bis

_____ Falls ja: durch welche Stelle?

_____ Falls ja: Grund

AUFSTELLUNG ÜBER DIE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SEIT DEM STAATSEXAMEN

- vollständige und chronologische Auflistung
- anzugeben sind auch ärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung)
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse oder Bescheinigungen belegt werden

1	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

2	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

3	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

4	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

5	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort

	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		

	Stellung / Tätigkeit		

6	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

7	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

8	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

9	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

10	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

11	Zeitraum: von _____ Zeitraum: bis _____ Ort _____
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis _____
	Stellung / Tätigkeit _____

Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Arztregister

Gemäß § 95 SGB V ist die Arztregistereintragung eine wesentliche Voraussetzung zur Erlangung einer Zulassung als Vertragsarzt. Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Niederlassung in einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung des Arzt-/Psychotherapeutenregisters erhoben.

Das Arzt-/Psychotherapeutenregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Über Art und Umfang der über eine Person geführten Registerdaten erhält die betreffende Person schriftliche Mitteilung.

PERSÖNLICHE ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

Es besteht die Möglichkeit, Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vorzulegen. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme und der Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben.

Sollten Sie hiervon Gebrauch machen wollen, so bitten wir um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit einem Mitarbeiter des Arztregisters. Sie erreichen diese über unser ServiceCenter (Telefon 06131 326-4400).

BEGLAUBIGUNG

Die vorzulegenden Unterlagen müssen im Original vorgelegt werden. Ausnahmsweise können auch **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** akzeptiert werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind gemäß § 1 des Landesgesetzes über die Beglaubigungsbefugnis:

- die Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher,
- die Verbandsgemeindeverwaltungen und die Gemeindeverwaltungen der verbandsfreien Gemeinden,
- die Stadtverwaltungen der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte,
- die Kreisverwaltungen,
- die Struktur- und Genehmigungsdirektionen,
- die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion,
- die Direktoren und Präsidenten der Gerichte,
- die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften,
- die Justizvollzugsanstalten,
- die obersten Landesbehörden,
- die landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen,
- alle übrigen Behörden im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit